

FORMULAIRE - PATIENT RÉFÉRÉ

Dr. Miriam Arriaga Pedrosa
miriam.arriaga@endogeneve.ch
+41 78 732 29 46

Date : _____

Dentiste référent : _____

Nom du patient : _____

Traitement à effectuer : _____

Préparer pour la pose ultérieure d'un tenon : OUI NON

Antécédents médicaux du patient :

Observations :
